N.° 53.

RÉFLEXIONS
DE MÉDECINE PRATIQUE
SUR
DIFFÉRENS CAS DE MALADIES;

Présentées et soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 mai 1811,

PAR J. P. OUVRARD, de Beauveau,

(Département de Maine et Loire),

Chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris; Membre émérite de la Société d'Instruction médicale, etc.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1811.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

- M. LEROUX, Doyen.
- M. BOURDIER.
- M. BOYER.
- M. CHAUSSIER, *Président.*
- M. CORVISART.
- M. DEYEUX.
- M. DUBOIS.
- M. HALLÉ.
- M. LALLEMENT.
- M. LEROY.
- M. PELLETAN.
- M. PERCY.
- M. PINEL.
- M. RICHARD.
- M. SABATIER.
- M. SUE.
- M. THILLAYE.
- M. PETIT-RADEL, *Examinateur.*
- M. DES GENETTES, *Examinateur.*
- M. DUMÉRIL, *Examinateur.*
- M. DE JUSSIEU, *Examinateur.*
- M. RICHERAND, *Examinateur.*

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

M. J. J. OUVRARD, MON ONCLE,

Maire de Seiches, et Membre du Conseil d'arrondissement de Beaugé.

Il me servit de père ; c'est mon meilleur ami.

J. P. OUVRARD.

TABLE

Des articles contenus dans cette Dissertation :

RÉFLEXIONS
DE MÉDECINE PRATIQUE.

L'OBSERVATION seule pouvant éclairer la science médicale, j'ai cru suivre la route tracée par *Hippocrate*, et me conformer aux vues de cette Ecole, en ne lui présentant que des faits. Heureux si les réflexions qu'ils m'ont fait naître sont favorablement accueillies par mes juges!

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fièvre adynamique simple. EXQUISE.

Le 21 mars 1809, un couvreur, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, fut forcé d'abandonner son travail, ayant été saisi d'un malaise général, de faiblesse, de pesanteur de tête et d'une espèce d'ivresse, suivant son expression. Il passa plusieurs jours chez lui sans prendre de boisson; seulement il se fit faire une saignée du bras, et prit un émétique.

Le premier avril, huitième jour de sa maladie, il vint à l'Hôtel-Dieu, et offrit les symptômes suivans: visage abattu, état de stupeur, coucher en supination, pouls faible, sans fréquence, regard étonné, langue humide, blanchâtre, les dents et les lèvres brunâtres et sèches, sans fétidité, pommettes rouges. Il n'y avait point de soif, point de céphalalgie, point d'épigastralgie, point de chaleur

à la peau, point de douleur en aucune partie; la respiration était libre.

Du huitième au vingt-unième jour, la maladie a marché avec lenteur, et sans offrir de changemens notables, si ce n'est que le visage devenait un peu plus terne, et qu'il se colorait le soir.

Mais au vingt-unième jour, les yeux ont repris de l'expression, et le visage s'est ranimé. Les dents et les lèvres se sont nettoyées, et le malade s'est couché sur le côté.

Du 21 au 28, les symptômes, que l'on croyait dissipés, se sont montrés de nouveau; les dents et les lèvres sont redevenues noires; l'abattement extrême a reparu avec témulence; le visage redevenu terne, se colorait par moment dans la journée. Il n'y avait ni chaleur de la peau ni fréquence du pouls; aucune douleur.

A dater du vingt huitième jour, les dents et les lèvres se sont nettoyées; le visage et les yeux ont repris leur expression; l'abattement s'est dissipé, et le malade entrait en convalescence le trente-cinquième jour de sa maladie.

Le traitement s'est composé de la limonade vineuse, de l'eau vineuse et d'une limonade nitrique, édulcorée avec le sirop de guimauve.

Il n'y a pas eu de crises sensibles; quelques selles ont été fétides; les autres sans odeur infecte et crues. Au vingt-unième jour, il y eut quelques selles faisant purée. Au vingt-huitième, elles reparurent de nouveau, et ne durèrent que deux jours.

La convalescence fut longue, pénible et successive. Vers le quarantième jour, l'abdomen devint douloureux et tendu; il survint de la fièvre avec signes d'embarras gastrique. On donna l'émétique en lavage; on fit des fomentations; tout disparut. Mais quelques jours après, nouveaux symptômes gastriques, nouveaux évacuans; même succès. Ce n'est qu'au soixantième jour que la convalescence s'est confirmée.

Cette maladie présente le tableau exact d'une fièvre simplement adynamique; elle est *exquisita*, pour me servir de l'expression des

auteurs; et c'est sous ce rapport que je me plais à la citer. Une double considération mérite de fixer l'attention : c'est l'absence de la chaleur à la peau, et la non fréquence du pouls. Ces deux symptômes, *fréquence du pouls, chaleur à la peau*, sont regardés, par la plupart des médecins, comme appartenant aux fièvres adynamiques; cependant, ils n'en sont point essentiellement dépendans; et, lorsqu'ils se rencontrent, ils tiennent toujours à une autre maladie qui complique la fièvre simple.

Prosper Alpini paraît avoir connu la fièvre adynamique dans toute sa simplicité ; l'histoire qu'il trace d'une fièvre maligne régnant périodiquement à Alexandrie, et revenant chaque automne, se trouve parfaitement d'accord avec la description qu'en donne le docteur *Récamier* dans ses leçons de pathologie (1). « La chaleur « du corps, dit-il, ne surpassait pas la naturelle, la langue était « *rude, sèche et noire ;* il n'y avait point de soif, le pouls et les « urines étaient pareilles à celles des personnes en santé ».

Ce tableau fidèle est la description exacte de ce que l'on observe dans la fièvre simplement adynamique. Beaucoup de médecins confondent cette simple fièvre avec une autre beaucoup plus grave, et qui s'en distingue néanmoins par sa marche et son intensité. La fièvre putride, en effet, porte avec elle un caractère plus pernicieux; l'odeur du malade est repoussante, l'haleine fétide, les déjections putrides; il survient des pétéchies; souvent un sang corrompu coule

(1) Il est doux pour mon cœur de pouvoir témoigner publiquement à ce savant médecin toute la reconnaissance que je lui dois: l'amitié dont il m'honore, les conseils qu'il m'a donnés, l'instruction que j'ai toujours puisée, non-seulement dans ses leçons, mais dans ses entretiens particuliers, sont des titres sacrés que je n'oublierai jamais.

Quand je parle de reconnaissance, puis-je oublier que M. *Mirault*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, fut mon premier maître ? Ce célèbre chirurgien connaît le fond de mon cœur, l'amitié que je lui ai vouée; moi seul sais toute la reconnaissance que je lui dois.

par la bouche, le rectum ou le vagin ; la terminaison de la maladie est prompte, et ordinairement mortelle; les cadavres se putréfient rapidement ; on en a trouvé de décomposés deux heures après la mort. Il semble, suivant *Sydenham*, que la décomposition des parties vivantes ait précédé non-seulement la mort, mais encore la maladie. Sans doute une fièvre putride est accompagnée d'adynamie, mais la faiblesse n'est pas son caractère essentiel. Il y a quelque chose de plus; il semble qu'un principe *dissociateur* attaque tous nos organes à la fois. D'ailleurs une fièvre adynamique ne prend point le caractère des putrides, lors même qu'elle se termine par la mort, à moins toutefois que ces deux maladies ne se compliquent, ou que cette fièvre ne passe dans un autre ordre par une terminaison funeste, ce qui peut également avoir lieu à l'égard des autres fièvres.

Non-seulement on confond la fièvre adynamique avec la putride, ce qui n'a pas un très-grand inconvénient dans la pratique, puisque le traitement est à peu près le même, mais on la confond encore avec d'autres maladies. L'erreur devient ici plus grave ; car le salut du malade repose sur la connaissance intime de la maladie, les traitemens varient, et sont entièrement opposés.

La fièvre inflammatoire grave, décrite par certains auteurs sous le nom d'*inflammato - putride*, ne peut pas être regardée comme une complication de la fièvre adynamique avec la fièvre inflammatoire. Cette association de force et de faiblesse répugne, et l'esprit a peine à la concevoir.

Il est donc plus naturel de regarder cette inflammato - putride comme une variété essentielle de la fièvre inflammatoire, ou comme la fièvre inflammatoire elle-même, parvenue dès le début à son plus haut période. Ici les forces ne sont qu'opprimées, la faiblesse n'est qu'indirecte; il semble, suivant l'expression de *Macbride*, que le sang, accumulé en trop grande quantité dans les cavités du cœur et dans les artères, empêche ces organes de se contracter ; ce qui

trompe la main du médecin. La vie est en quelque sorte suffoquée, et les organes qu'elle anime restent sans mouvement.

Qu'on ne s'en laisse donc point imposer par cette prostration apparente : une saignée, en désemplissant le système vasculaire, devient un excellent tonique ; elle ramène les forces à leur rhythme habituel. C'est au nombre de ces affections graves qu'il faut rapporter ces fièvres adynamiques, que l'on dit être traitées avantageusement par la saignée.

Si la fièvre inflammatoire grave peut en imposer sur son caractère, et simuler une fièvre adynamique, la fièvre bilieuse intense ne lui cède en rien de ce côté ; il semble que son masque devient plus impénétrable encore aux yeux de l'observateur ; quelquefois, au début, elle jette les malades dans la stupeur et l'abattement ; ils gissent étendus sur leurs lits, sans force et sans mouvement ; la langue, les dents et les lèvres, sont brunâtres, sèches et arides ; la constipation est opiniâtre, ou les selles fréquentes et involontaires ; le pouls est dur et fréquent, la chaleur de la peau est intense ; enfin tous les symptômes de la fièvre bilieuse sont portés au plus haut point d'intensité ; de manière qu'au milieu d'un grand nombre de symptômes adynamiques, on aperçoit encore le vrai caractère de la maladie. C'est encore ici qu'un émétique administré à propos devient un bon tonique ; en enlevant la cause de la maladie, il rend les forces au malade, et chasse cette foule de faux symptômes adynamiques qui semblaient menacer directement le principe de la vie. Ce sont ces fièvres bilieuses graves que certains médecins prennent pour des fièvres adynamiques, et qu'ils disent traiter avantageusement par la méthode évacuante.

Si on n'interroge successivement et avec beaucoup d'attention tous les moyens qui peuvent éclairer le diagnostic, on court risque de confondre les maladies ; l'aspect extérieur est trompeur ; l'œil s'en laisserait souvent imposer, si l'esprit ne pénétrait plus avant. Non-seulement on peut confondre la fièvre adynamique avec

celles dont je viens de parler, mais encore avec certaines inflammations.

La péritonite est, de toutes les phlegmasies, celle qui simule le plus parfaitement la fièvre adynamique. J'ai vu plus d'une fois différentes personnes ne pas reconnaître cette maladie, et la traiter pour une fièvre adynamique essentielle. Cette erreur me paraît facile à commettre, surtout si la maladie est déjà éloignée de son début; car, dans une période avancée, il survient ordinairement du délire, le malade ne peut rendre compte de ses sensations, et c'est en vain que par la pression on cherche à développer les signes de la douleur abdominale. Dans d'autres circonstances, le malade n'est que profondément abattu, mais le foyer d'inflammation n'est plus un foyer de douleur, l'organe enflammé s'est isolé, toutes sympathies sont anéanties.

Ce n'est donc pas la douleur inflammatoire seulement qu'il faut considérer dans ce cas, mais aussi les symptômes qui nous paraissent les moins variables. Dans le cas qui nous occupe, le pouls est fréquent et a quelque chose de dur et de roide; la peau est chaude et sèche, ce qui n'a jamais lieu dans la fièvre adynamique simple. En général, il faut se défier de la chaleur sèche de la peau, toutes les fois qu'elle n'est point accompagnée de symptômes qui, par leur ensemble, constituent une fièvre essentielle : elle annonce preque toujours une inflammation cachée et plus ou moins active.

Quoique l'aspect des malades soit à peu près le même que dans la fièvre adynamique, leur visage abattu porte l'expression de la douleur; quoique jetés sur leurs lits, ils peuvent encore se retourner, et lever leurs bras sur la couverture. On peut voir, au reste, par l'observation suivante, l'histoire exacte de cette maladie.

Jausse Angélique, âgée de 17 ans, d'une assez forte constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 23 février 1811. Elle était malade depuis le commencement du mois. Voici les symptômes qu'elle nous offrit.

24 février. Fièvre continue, rougeur de la face, coloration des

joues, yeux vifs, langue blanchâtre à sa base, rouge à sa pointe et sur ses bords, soif aiguë, inappétence, dévoiement de matières liquides, urine naturelle, abdomen un peu tendu, nulle douleur de colique, chaleur à la peau, pouls fréquent, insomnie. Il y avait de la toux; la respiration était petite et fréquente.

28 février. Langue rouge et sèche, offrant des papilles très-prononcées, abdomen tendu, ballonné, légèrement douloureux par la pression, dévoiement, soubresauts, fièvre continue avec exacerbation le soir.

3 mars. Lèvres et dents fuligineuses, langue sèche, noirâtre et fendillée, soif, dévoiement involontaire, pouls roide à cent-dix pulsations par minute, respiration fréquente à trente-une, chaleur sèche, assoupissement, pâleur de la face, accablement général, décubitus sur le côté droit.

5 mars. Respiration pénible et fréquente, pouls plus petit que les jours précédens, haleine fétide.

6 mars. Frisson avec tremblement, bouche moins sale et humectée, abdomen tendu, très-douloureux, pouls petit, fréquent, irrégulier, anxiété extrême.

7 mars. Pâleur de la face, qui est décomposée, langue un peu rouge et passablement humide, abdomen ballonné, douloureux, prostration générale, assoupissement, déjections involontaires, chaleur sèche et piquante à la peau, pouls serré, petit et très-fréquent. Elle est morte le 8.

Le traitement a été tonique et excitant.

Ouverture du cadavre. Le péritoine qui tapisse les intestins grêles était très-rouge; dans certains endroits il paraissait gangrené; il y avait de la sérosité, ou, pour mieux dire, un liquide ressemblant en tout au bouillon gras épanché dans la cavité péritonéale; la surface muqueuse du canal intestinal était d'un rouge noirâtre dans certains endroits. Il y avait deux points ulcérés dans le larynx.

Les autres viscères étaient sains.

II.e OBSERVATION.

Boutons varioleux observés à la surface cutanée et dans le canal intestinal.

Amélie, âgée de deux ans et demi, née de parens sains et bien portans, ayant toujours été bien vêtue et bien nourrie, entra à l'Hôpital des Enfans le 16 octobre 1810.

Elle était malade depuis trois à quatre jours; on observait autour de la bouche et des ailes du nez quelques boutons varioleux, la langue était couverte d'un enduit bilieux, la fièvre était modérée, les déjections se faisaient comme en santé. On prescrivit un émétique, et la malade fut mise à l'usage d'une tisane d'orge.

Le 17, l'éruption paraissant se faire avec peine, et les boutons varioleux étant pâles, on prescrivit une potion antispasmodique stibiée. Du 18 au 24, l'éruption se fit avec régularité sur la face, la poitrine, les membres abdominaux, etc.

Le 25, auréole rouge, entourant une pustule transparente, d'une ligne et demie de diamètre. Quelques boutons étaient remplis d'une sérosité limpide, et arrondis au sommet; d'autres étaient aplatis et déprimés au centre, surtout à la poitrine et au visage, où l'éruption paraissait plus avancée que sur les extrémités. Dans les pustules arrondies et bombées, on observait deux cercles entourant le corps de la pustule, un plus grand en emboitant un plus petit, et laissant entre eux un espace transparent. Au centre du plus petit cercle, on observait une légère dépression en godet.

Ces pustules, quoique très-nombreuses, et recouvrant presque toute la surface cutanée, n'étaient nullement confluentes; et si on apercevait au visage quelques plaques formées par la réunion de plusieurs pustules, il n'en est pas moins constant qu'elles étaient parfaitement isolées sur tout le reste du corps.

La peau n'était pas très-tuméfiée, et le tissu cellulaire sous-jacent

ne paraissait pas dans cet état de turgescence qui accompagne ordinairement les phlegmasies cutanées.

La voix était naturelle, la respiration facile, les selles n'offraient rien de particulier : tout l'appareil sensitif remplissait librement ses fonctions. Néanmoins il y eut un tel dégoût, que la malade refusa pendant sa maladie toute espèce de boissons et d'alimens.

Un état aussi satisfaisant était loin d'inspirer la moindre défiance; cependant la malade expira le même jour à huit heures du soir, après une agonie de deux heures.

Si une mort aussi prompte qu'inattendue eut le droit de nous surprendre, elle ne put au moins nous dérober sa cause, qui nous fut révélée par l'inspection anatomique.

Ouverture du cadavre. Nous retrouvâmes les pustules à peu près dans le même état que nous les avons décrites, ce qui éloigne toute idée de métastase.

Les cavités du crâne et du thorax ne nous offrirent rien de particulier.

La membrane muqueuse de l'estomac, ainsi que celle de l'œsophage, ne nous présenta rien de remarquable.

Celle qui tapisse tout le reste du canal intestinal nous offrit, 1.° dans le duodénum, quelques petits boutons épars çà et là, et déprimés au sommet; 2.° ces pustules devenaient plus apparentes dans le jéjunum; là elles formaient même des plaques ressemblant à celles du visage; 3.° à la fin du jéjunum et dans tout l'iléon, ces pustules ou boutons étaient aussi nombreux que sur la peau; 4.° le colon transverse en était aussi parsemé; ils étaient plus gros et plus élevés; 5.° enfin dans le rectum ils étaient si nombreux, qu'ils se touchaient presque.

Le foie avait sa couleur et son volume ordinaire; la vésicule biliaire était distendue par une très-grande quantité de bile verte et liquide.

Le jéjunum en était rempli; il y en avait un peu dans l'iléon: elle était écumeuse et jaunâtre.

Les cavités vésicale et utérine n'ont rien offert de particulier.

Description des boutons.

Les boutons développés sur la membrane muqueuse étaient moins larges et moins élevés que ceux de la peau; quelques-uns seulement étaient entourés d'une auréole facile à distinguer. La plupart étaient déprimés à leur centre, et passés à l'état de suppuration.

Nous n'avons pas reconnu les deux cercles indiqués sur les boutons cutanés; les boutons qui n'étaient point passés à l'état de suppuration, et qui paraissaient être dans le premier stade de l'éruption, s'enlevaient avec facilité lorsqu'on détachait de dessus le derme une membrane mince, pulpeuse, rouge, et analogue au corps muqueux. Ceux qui étaient plus avancés et dans le stade de la suppuration ne s'enlevaient point aussi facilement; adhérens au derme muqueux, ils étaient comme enchâssés dans sa substance, et laissaient après leur évulsion une empreinte plus ou moins profonde, et de la largeur de leur base.

Cette excavation, entièrement pratiquée dans la substance du derme, n'en dépassait pas l'épaisseur; je m'en suis assuré en décollant d'abord la membrane séreuse, puis la musculeuse, que j'ai trouvées parfaitement saines.

Par cette analyse succincte des boutons muqueux on voit, 1.° que dans le premier stade de l'éruption, les boutons se développent dans une membrane pulpeuse, analogue au corps muqueux réticulaire; 2.° que dans le stade de la suppuration, la pustule semble s'enfoncer plus avant, s'incruster dans une autre membrane plus épaisse, résistante, qui ressemble en tout au derme cutané.

Cet épiphénomène, aussi intéressant sous le rapport de l'anatomie que de la pathologie, ne me paraît point avoir fixé d'une manière particulière l'attention des praticiens, du moins la plupart des au-

teurs qui ont traité de la variole s'expriment-ils vaguement à ce sujet. *Sauvages* en dit quelque chose dans sa Nosologie; mais il ne s'exprime que d'après l'expérience de *Frédéric Hoffmann*. Voici ce que dit *Sauvages* en parlant des causes de l'entérite.

« *Meritò, ac censet* Frid. Hoffmann, *inter principia hujus morbi, variolam, rubeolam, purpuram, miliurem, imò scabiem, herpetem, repulsas in quibus materies subtilis, caustica, in ventriculum defertur; undè post mortem invenitur ventriculus* similibus pustolis, *punctisve lividis perfusus, cum ichore acri, nigro, intra ejus cavum* ».

On voit clairement par ce passage que *Frédéric Hoffmann* avait observé des cas à peu près analogues à celui dont nous nous occupons. Je dis à peu près analogues, car il ne s'agit ici ni de métastase, ni de rétropulsion. Quoi qu'il en soit, *Frédéric Hoffmann* ne s'exprime pas aussi clairement que *Sauvages* semble nous l'insinuer; il dit seulement en parlant de l'entérite : « *Febres neque minùs exanthematicas imprimis variolas, lethalem sæpè inducere* inflammationem, *uberius testatur dissectio his morbis defunctorum* ».

Nous ne concevons pas comment *Sauvages* a pu prêter à *Hoffmann* un autre langage que celui qu'il tient dans ses ouvrages.... Certes, il y a une très-grande différence entre une simple inflammation survenue après la disparition subite d'un exanthême, ou bien ce même exanthême disparaissant pour se porter en entier sur la membrane muqueuse, *similibus pustulis*.

Au reste, *Baillou*, *Fernel*, *Skenkius*, *Ambroise Paré*, *Lieutaud*, et beaucoup d'autres sans doute, assurent avoir rencontré des inflammations boutonneuses après la rétropulsion de la variole. Mais peut-on présumer que les boutons observés par ces auteurs étaient ceux de la petite vérole? D'abord, si on observe, suivant ces mêmes médecins, que les boutons se sont développés avec autant d'intensité sur le cœur et le poumon que sur les membranes muqueuses, et qu'ils n'ont été que la suite d'une métastase, je ne pense pas qu'on puisse raisonnablement admettre cette opinion; la différence

seule de structure des membranes séreuses suffirait pour jeter du doute dans notre esprit. Mais quand on pense qu'on rencontre journellement de pareilles éruptions après la disparition d'une gale ou d'une dartre, on est encore bien plus éloigné d'admettre l'existence réelle des boutons varioleux. Il paraîtrait donc que les médecins que je viens de citer n'ont point réellement observé la variole dans le canal intestinal, mais bien une éruption anomale, née d'une métastase, et également répandue sur tous les viscères abdominaux et thoraciques.

Les médecins modernes qui se sont occupés de la variole disent presque tous que les boutons varioleux se développent sur le commencement des membranes muqueuses, mais jamais suivant leur trajet. *Bichat*, que tout le monde se plaît à regarder comme un observateur scrupuleux, et qui l'est effectivement, ne paraît pas avoir eu une autre manière de penser.

« La différence de structure, dit-il, en parlant du derme mu-
« queux, fait que les boutons varioliques ne s'y développent jamais,
« tandis qu'on voit souvent paraître ces boutons sur les surfaces
« muqueuses voisines de la peau, spécialement sur la langue, le
« palais, et la surface interne des joues ». Anat. gén., page 431, 32, Syst. muq.

Ce passage, où *Bichat* peint si naïvement sa pensée, doit nous faire jeter quelques doutes sur ce qu'il a dit relativement à la structure des membranes muqueuses; car, si des boutons varioliques se développent dans le canal intestinal, si leur siége dans cette partie est le même qu'à la peau, il s'en suivra nécessairement que cette membrane, en pénétrant dans l'intérieur des cavités, n'y perd point son organisation primitive, mais qu'elle s'y trouve seulement modifiée par des circonstances propres aux organes dont elle fait partie. Ces doutes se trouvent presque dissipés par notre observation. L'identité de structure bien reconnue, ne sommes-nous pas naturellement conduits à ce principe général? La peau étant la même à l'intérieur qu'à l'extérieur, les maladies qui attaquent l'une pourront éga-

lement atteindre l'autre, lorsque toutefois ces deux portions du derme seront soumises aux mêmes influences ; ce qui arrive dans un grand nombre de circonstances, dans toutes les maladies, par exemple, qui naissent spontanément, et dont le principe morbifique paraît résider au-dedans de nous, ou du moins y avoir séjourné pendant quelque temps. La variole, la rougeole, la scarlatine, ne peuvent-elles pas aussi bien se développer sur la membrane muqueuse que sur la peau? Je conçois qu'un degré de vitalité différent pourra fixer plus particulièrement le principe de la maladie sur telle partie que sur telle autre ; mais il n'en reste pas moins constant que si ces exanthêmes se fixent plus particulièrement à la peau, ils peuvent aussi naître sur la membrane muqueuse. Qui sait si les individus que *Sydenham* dit avoir eu la fièvre varioleuse sans variole n'ont point eu une éruption pustuleuse à l'intérieur. Je serais presque tenté de le croire, quand j'en considère la possibilité.

Les angines, qui accompagnent si fréquemment la scarlatine, sont-elles dues à une autre cause qu'à la scarlatine elle-même? Eh bien, si la scarlatine s'étend au pharynx, à l'œsophage, à la trachée-artère, pourquoi ne pourrait-elle pas s'avancer plus avant dans le canal intestinal? Le dévoiement qui accompagne si fréquemment ces exanthêmes ne me paraît pas dû à une autre cause qu'à l'éruption elle-même, née sur la surface muqueuse des intestins, etc. Il faut en convenir, les inflammations des membranes muqueuses sont encore peu connues; il semble que leur siége ait été un voile épais qui les dérobait aux yeux des médecins anciens, et qu'il était réservé à quelques modernes de déchirer. M. *Récamier*, médecin distingué de l'Hôtel-Dieu, dont le zèle infatigable ne laisse rien échapper de ce qui peut avancer la science, a fait un grand nombre de recherches à ce sujet; il résulte de ce beau travail que les membranes muqueuses peuvent, comme la peau, éprouver trois modes inflammatoires: 1.° le traumatique; 2.° le pustuleux ou aptheux; 3.° l'érysipélateux diffus ou par plaques.

III.ᵉ OBSERVATION.

Hydrocéphale chronique.

Rosalie Gaillard, âgée de douze ans, née d'un père et d'une mère bien portans, vint au monde avec l'apparence d'une parfaite santé. Elle se porta bien jusqu'à l'âge de neuf ans, où, devenue femme par un accroissement rapide, elle éprouva une première menstruation. Quelques mois après, les menstrues ne s'étant point régularisées, sa santé s'altéra, ses facultés intellectuelles s'obscurcirent; on s'aperçut que sa tête augmentait de volume. Dix-huit mois après sa première menstruation, elle tomba dans un état d'idiotisme parfait.

Ses parens, voulant se délivrer d'un spectacle aussi triste qu'il leur était à charge, la conduisirent à l'hospice des Orphelins.

Sa santé, loin de se rétablir, s'altéra de plus en plus, et dans l'espace de dix-huit mois qu'elle y resta, elle atteignit le dernier degré de marasme. Elle fut envoyée dans cet état à l'hôpital des Enfans le 18 août 1810.

Voici les symptômes qu'elle présenta le jour de son entrée:

Face grippée exprimant la douleur, peau terreuse et sale, plaintes aiguës; poitrine resserrée résonnant bien; toux sèche et fréquente, avec douleur dans la poitrine; langue belle, appétit, dévoiement, marasme.

Tête énorme, évidemment hydrocéphalique; facultés intellectuelles presque nulles, idiotisme, pupilles dilatées; yeux bêtes, insignifians; rétracture du bras gauche, avec douleur; paralysie de la jambe du même côté avec égale rétracture, côté droit non paralysé. Ces symptômes ont augmenté d'intensité, et la malade a terminé paisiblement ses jours le 6 du mois de septembre 1810.

Ouverture du cadavre. Le marasme était porté au dernier point;

la glande mammaire était aussi développée que chez une femme adulte ; le mont de Vénus et les grandes lèvres étaient ombragés de poils touffus et noirs.

Tête. La tête, mesurée dans tous ses diamètres, nous a donné les rapports suivans :

Diamètre occipito-mentonnier.	26 centimètres
Diamètre occipito-frontal.	21 ½
Diamètre bipariétal.	20
Diamètre vertical.	18

La bosse pariétale droite était plus arrondie, plus élevée et plus large que la gauche ; la bosse frontale du même côté offrait les mêmes dimensions par rapport à celles du côté opposé, ce qui donnait au plan supérieur de la tête une légère inclinaison de droite à gauche, et de haut en bas. Tous les os de la tête, bien articulés entre eux, étaient d'une épaisseur ordinaire ; le périoste qui les récouvre s'enlevait avec une extrême facilité.

La voûte du crâne enlevée, la dure-mère n'a rien offert de particulier ; celle-ci, incisée d'avant en arrière, puis transversalement sur les côtés, ayant été renversée, toute la partie postérieure et latérale du cerveau correspondant à la fosse pariétale droite était transparente, et offrait l'aspect d'un intestin ; il semblait que l'arachnoïde seule servait de kyste. Cependant j'ai cru reconnaître la substance cérébrale réduite, il est vrai, en une lame extrêmement mince et transparente ; le reste de la surface cérébrale était bombée lisse, et n'offrait plus aucune anfractuosité.

Ayant ouvert ce kyste, ou, pour mieux dire, la paroi supérieure mais amincie du ventricule latéral droit, il s'en écoula environ une pinte et demie d'un liquide transparent.

La cavité des ventricules étant mise à découvert, j'ai trouvé toutes les parties contenues dans le ventricule droit plus développées, surtout en hauteur, que celles du ventricule gauche ; les couches des

nerfs optiques étaient, à leur partie antérieure, comprimées d'avant en arrière, et comme taillées de champ.

L'arachnoïde intérieure, augmentée d'épaisseur et de densité, s'enlevait avec facilité. En général la substance du cerveau était ferme.

Cavité pectorale. Les deux poumons étaient adhérens et tuberculeux.

Cavité abdominale. Rien de remarquable, si ce n'est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse la portion descendante du colon.

J'ai trouvé toutes les parties génitales aussi développées que dans une femme adulte, l'intérieur de la matrice était tapissé par une substance floconneuse et blanche. L'ovaire gauche offrait une vésicule de la grosseur d'un pois.

On voit par cette observation que, si la maladie connue sous le nom d'*hydrocéphale* attaque principalement le fœtus, elle peut aussi atteindre les enfans d'un âge assez avancé; on voit en outre que les dimensions excessives de la tête ne sont pas toujours produites par l'accumulation d'un liquide dans les ventricules; ce volume n'est souvent que le résultat d'une augmentation de nutrition dans toutes les parties céphaliques, augmentation de nutrition extrêmement fréquente chez les enfans scrophuleux : aussi sont-ce ces derniers qui succombent principalement aux maladies organiques du cerveau. Les menstrues qui s'annoncent dès l'âge de neuf ans, et qui ne se régularisent point chez la fille qui fait le sujet de cette observation, peuvent-elles être regardées comme la cause de la phthisie pulmonaire et de l'hydrocéphale? Leur liaison paraît assez immédiate et successive; mais ne serait-ce point ici un de ces cas où l'on prendrait l'effet pour la cause?

IV.ᵉ OBSERVATION.

Hydrocéphale chronique.

Mathurine-Françoise Fébure, âgée de trois ans, née d'un père et d'une mère bien portans, vint au monde avec l'apparence d'une parfaite santé; sa mère accoucha sans difficulté. Sa tête n'était pas plus volumineuse que celle des autres fœtus. Six mois après sa naissance on s'aperçut que sa tête avait augmenté de volume, et depuis cette époque on l'a vue grossir de jour en jour. Lorsqu'on la conduisit à l'Hôpital des Enfans le 23 octobre 1810, voici l'état qu'elle nous présenta :

Tête volumineuse; fontanelle antérieure extrêmement large, se laissant facilement déprimer; les os du crâne n'étaient point mobiles; la face était large et haute, gonflée par une énorme quantité de tissu cellulaire; la peau du visage se colorait d'un teint frais et vermeil; les bosses frontales étaient saillantes et les yeux tellement enfoncés dans les orbites et recouverts par les paupières, que la malade était obligée de les abaisser lorqu'elle voulait fixer quelque objet. Les os maxillaires paraissaient peu développés, surtout le supérieur, ce qui donnait à la face une singulière expression. La bouche, extrêmement petite, simulait une espèce de croissant dont les cornes formées par les commissures labiales se dirigeaient en en-bas. Les dents de deux ans, qui étaient poussées, étaient presque toutes affectées de carie; il s'exhalait de la bouche une odeur infecte et repoussante. Tout le tissu cellulaire sous-cutané était abondant, et les membres gros et arrondis.

La peau avait généralement une couleur rouge fort intense; elle paraissait douée d'une extrême sensibilité; car pour peu qu'on touchât la malade, elle poussait des cris.

Cette petite fille ne pouvait garder qu'une position horizontale. S'efforçait-on de lui en donner une verticale, sa tête volumineuse et

pesante s'inclinait toujours soit en avant, soit en arrière. Bientôt la respiration s'embarassait, le visage devenait violet, il survenait de l'anxiété avec menace d'asphyxie.

Elle ne pouvait d'ailleurs se soutenir sur ses jambes, car tous ses membres étaient d'une faiblesse extrême, quoique sans cesse en mouvement. Les facultés de l'ame étaient tellement bornées, que la malade ne paraissait sentir que le plaisir et la douleur. Le sommeil était bon et paisible; toutes les fonctions assimilatrices s'exécutaient avec régularité. La malade ne pouvait prendre aucun liquide. Depuis son entrée à l'hôpital, nous n'avons observé aucun changement dans ces symptômes, jusqu'à sa mort qui est arrivée le 8 décembre 1810. Nous avons seulement remarqué de temps à autre quelques fièvres éphémères sans caractères essentiels, et, sur les derniers jours de sa vie, une fièvre avec apparence inflammatoire et me paraissant due à différentes excoriations cutanées survenues aux plis des articulations.

Ouverture du cadavre.

Sa hauteur, 2 pieds 5 pouces et demi (851 mill.)

Tête.

Mesurée... { Circonférence de la tête, 1 pied 11 pouces (612 mill.)
De la racine du nez à la nuque, 1 pied 4 p. (432 mill.)
D'une oreille à l'autre, 1 pied 4 pouces (432 mill.)

Fontanelle antérieure.

Mesurée... { D'avant en arrière, 2 pouces 2 lignes (58 mill.)
Transversalement, 4 pouces (108 mill.)

Face.

Mesurée... { Du menton à la racine du nez, 3 pouces (81 mill.)
D'une pommette à l'autre, 4 pouces 3 lign. (114 mill.)

Diamètre du crâne.

Diamètres. { Antéro-postérieur, 7 pouces (189 mill.)
Transversal en avant, 3 pouces 5 lignes (146 mill.)
En arrière, 6 pouces 6 lignes (637 mill.)
Oblique, 7 pouces 4 lignes (198 mill.)

Ayant scié le crâne circulairement et incisé la dure-mère, je mis le cervau à découvert. Quoique très-dilaté par l'eau épanchée dans les ventricules, les circonvolutions n'étaient pas entièrement effacées, elles profondaient encore assez avant, surtout dans la partie postérieure des hémisphères.

Les ventricules ayant été ouverts il s'en écoula environ trente-deux onces (1000 grammes) d'une liqueur limpide safranée.

Les parois des ventricules avaient un demi-pouce (15 millimètres) au moins d'épaisseur dans leur partie la plus mince. L'arachnoide interne, *très-épaissie et augmentée de densité*, se détachait avec facilité. La commissure des couches optiques était très-large; les deux lames qui forment la cloison des ventricules étaient séparées et épaissies.

Les quatre ventricules étaient très-dilatés; le cerveau et le cervelet n'offrirent aucune lésion organique. Le rachis ne fut point ouvert, mais le cadavre étant incliné, il ne s'en écoula aucune sérosité.

Les autres cavités n'ont rien offert de particulier.

Cette hydropisie est essentielle et paraît avoir pris naissance dans le sein de la mère. L'augmentation presque subite du volume de la tête suppose nécessairement une accumulation d'eau préexistante au moment de la naissance. Cette dilatation successive de la tête, et qui

s'est faite graduellement pendant l'espace de trois ans, me paraît évidemment dépendre d'une cause essentiellement chronique, et cette cause elle-même ne me paraît être autre chose que l'inflammation lente de l'arachnoïde interne; l'épaississement de cette membrane observé après la mort autorise suffisamment cette supposition. Pourquoi l'enfant dans le sein de sa mère ne pourrait-il pas être atteint d'une inflammation? Cette classe de maladie n'existe-t-elle pas chez le fœtus, puisqu'on l'a vue naître avec des boutons varioleux, etc.? Ne connait-on pas d'ailleurs la puissante influence des passions de la mère sur la nutrition du germe qu'elle porte? Je sais qu'on ne peut donner aucune explication raisonnable de ces faits, mais l'expérience des siècles suffit pour sanctionner leur existence. Enfin, supposé ou non que cette inflammation latente de l'arachnoïde soit la cause de l'hydrocéphale, a t-on pu proposer raisonnablement de faire la ponction dans cette maladie? La réflexion seule n'aurait-elle pas du faire rejeter ce moyen, et *Lecat* devait-il attendre que la mort de son malade vînt lui dessiller les yeux? Avant de rechercher les moyens qui peuvent convenir au traitement d'une maladie, il faut au moins en connaître la cause. Qu'observe-t-on dans l'hydrocéphale? 1.° Que cette maladie est souvent due à une lésion organique du cerveau; 2.° à une inflammation chronique de l'arachnoïde; 3.° à une altération de secrétion. On voit clairement que, dans les deux premiers cas, la ponction serait plus nuisible qu'utile; quant au troisième, qui paraît être le plus favorable, lors même qu'il serait aussi fréquent qu'il est rare, pourrait-on espérer de pratiquer cette opération avec succès? Outre la difficulté du diagnoctic en pareille circonstance, peut-on se flatter de tarir la source du fluide épanché sans déterminer une inflammation adhésive, comme dans la cure de l'hydrocèle? Mais ne sait-on pas que le plus souvent les inflammations du cerveau et de ses membranes se terminent par la mort; qui serait donc assez téméraire pour injecter dans les ventricules un fluide irritant? et dans la supposition même où on fût assez hardi pour le tenter, comment ramener les ventricules dilatés à leur état naturel? Qui ne sent que né-

cessairement il existera un vide soit dans les ventricules, s'ils restent distendus après l'écoulement des eaux, soit entre le cerveau et le crâne, si les ventricules s'affaissent ; car le crâne à un certain âge ne peut plus réagir sur lui-même comme au moment de la naissance. D'ailleurs l'eau accumulée dans les ventricules les a distendus, leurs parois se sont amincies aux dépens de leur épaisseur, comment donc ces mêmes parois pourraient-elles reprendre leur ancien état? La chose est impossible, physiquement et anatomiquement. Il n'y a que les corps doués de l'elasticité qui puissent, après avoir changé de dimension, revenir à leur première forme; la substance cérébrale ne jouissant de cette propriété qu'à un faible degré, ne pourra donc revenir à son état primitif, quand même tout serait le plus favorablement disposé. On a donc un grandement tort de proposer la ponction dans ces sortes de maladies; elle ne peut que hâter leur marche vers une terminaison funeste. Il faut la bannir pour jamais et porter ses vues du côté de la médecine interne, quoiqu'on ne puisse en attendre de grands secours; car on ne peut se dissimuler que, dans le cas d'hydrocéphale, le prognostic ne soit très-fâcheux; j'ose même dire que la maladie est mortelle toutes les fois qu'elle a une certaine intensité.

V.e OBSERVATION.

Anévrisme de l'Aorte.

Monsieur Poté, âgé de quarante-cinq ans, d'une stature ordinaire, ayant les cheveux bruns, les membres arrondis et couverts de poils, était doué d'un esprit vif, prompt, mais d'une extrême sensibilité ; en butte depuis plusieurs années à l'inconstance de la fortune ; précipité dans l'indigence par les malheurs de la révolution, son ame en fut vivement affectée. A ces causes morales déjà si puissantes il s'en joignit d'autres qui, quoique d'un autre genre, ne l'affligèrent que plus profondément. Une femme qu'il chérissait, et dont la frêle raison n'avait pu résister à tant de coups, se précipita dans la Seine.

Arrachée à la mort, elle fut conduite chez elle dans un état d'aliénation presque complet. Six mois après cet accident, et lorsque Poté croyait sa femme rendue à la raison, il fut, en rentrant chez lui, frappé d'un spectacle horrible : sa malheureuse épouse, agitée d'un accès furieux de manie, s'était saisie de son plus jeune fils encore au berceau et lui avait tranché la tête. Accablée par les reproches de son mari justement irrité, elle se précipita huit jours après d'un cinquième étage, et termina ainsi sa déplorable existence.

A dater de cette époque, il y a à peu près dix ans, Poté perdit de sa santé; il éprouva quelques douleurs vagues dans le dos et les reins; quelques années après, il survint de la toux avec oppression; enfin quelque temps avant sa mort, sa voix était faible et sifflante, le tronc était incliné en avant, il ne pouvait se redresser sans éprouver une vive douleur dans le dos et les reins. Dans la nuit du 7 au 8 juillet 1810, vers les quatre heures du matin, Poté, couché près de son fils, expira tranquillement, la tête appuyée sur sa main gauche, après avoir vomi à peu près une chopine de sang que l'on trouva dans un vase placé sur sa table de nuit.

Ouverture du cadavre.

Etat extérieur. Peau blanche, décolorée; narines et lèvres teintes de sang; extrémités froides et souples.

Tête. Rien de remarquable.

Thorax. Poumons volumineux crépitans, adhérens à la plèvre costale supérieurement. Le lobe supérieur du poumon droit offrait quelques granulations tuberculeuses.

Cœur flasque, affaissé, oreillettes et ventricules dilatés.

Artère aorte anévrismatique, depuis sa naissance jusqu'au tronc céliaque :

A sa courbure, appelée *crosse*, dilatation suffisante pour admettre

le poing, adhérence de sa face antérieure au sternum par un tissu solide et comme cartilagineux.

2.° Devant et derrière la bronche gauche, égale dilatation.

3.° Un peu au-dessous de la bifurcation de la trachée-artère, l'aorte, énormément dilatée, formait un ample sac adhérent à gauche à la bronche du même côté, et du côté droit intimement uni à la face latérale gauche de l'œsophage. Dans cet endroit, il existait une communication de l'aorte dans l'œsophage, établie, 1.° par deux érosions à la face latérale droite de l'aorte, ayant chacune trois à quatre lignes (5 à 8 millimètres) de diamètre, et étant séparées l'une de l'autre par une bride d'environ deux lignes de largeur (3 millimètres) ; 2.° par une ouverture de plus d'un demi-pouce (12 millimètres) de diamètre existant à la face latérale gauche de l'œsophage, et correspondant aux deux érosions de l'aorte. La circonférence de cette ouverture était d'un gris noirâtre; des caillots de sang durs et fibrineux bouchaient ces différens trous de communication. L'artère allait en diminuant de calibre au-dessous de cette dilatation, et, parvenue à la naissance de l'artère opisto-gastrique, elle reprenait son diamètre ordinaire.

Cavité abdominale. L'estomac était volumineux, sa cavité remplie de sang fluide et en caillot, sa membrane muqueuse était très-rouge en plusieurs points.

Le duodénum, le jéjunum et l'iléon étaient également remplis d'une très-grande quantité de sang pris en masse.

Les gros intestins étaient distendus par des gaz. Les autres viscères n'offraient rien de particulier; les veines et les artères étaient vides de sang.

Cette observation me paraît intéressante sous plusieurs rapports.

1.° Elle confirme, d'une manière bien évidente, la possibilité de la rupture de l'aorte dans l'œsophage, rupture que la situation anatomique des organes avait fait présumer, mais dont nous ne possé-

dions, je crois, aucun exemple avant ceux rapportés dans le journal de MM. *Corvisart*, *Boyer* et *Leroux*.

2.° Elle nous prouve, d'une manière incontestable, l'influence des affections tristes de l'ame sur le développement des anévrismes dans les gros vaisseaux; influence réelle qu'il faut nécessairement admettre, mais dont on conçoit difficilement la manière d'agir.

3.° Elle nous prouve encore, contre l'assertion des auteurs les plus modernes, qu'il peut y avoir dilatation anévrismale des trois tuniques artérielles, et cela simultanément.

4°. Que, dans ces cas, le traitement de *Valsalva*, que l'on veut éloigner de la pratique, se trouve justement indiqué.

5.° Enfin elle nous démontre que les anévrismes ouverts dans l'œsophage peuvent se confondre avec ceux rompus dans la trachée-artère, puisqu'ils présentent les mêmes symptômes pendant leur existence et au moment de leur terminaison.

I.re OBSERVATION D'ENTÉRITE.

Anne-Catherine Gatelat, âgée de six ans, née à Paris de parens sains et bien portans, vint à l'hôpital des Enfans le 28 juin 1810. Elle avait un vomissement continuel qui datait depuis trois semaines. Du 28 juin, jour de son entrée, la malade a constamment vomi une ou deux fois par jour, surtout après avoir pris quelque aliment ou médicament, jusqu'au 25 juillet, où elle expira dans les convulsions. Il était survenu depuis deux jours quelques boutons autour des ailes du nez, qu'on présuma être des boutons varioleux. Pendant que la malade fut soumise à mon observation, je ne pus découvrir aucune lésion des autres fonctions; seulement la malade poussait des cris continuels, se retournait sans cesse dans son lit, et se découvrait continuellement la poitrine; le toucher ne fit découvrir aucune lésion dans l'épigastre, qui d'ailleurs n'était nullement douloureux à la pression. Elle ne rendit aucun vers. On s'efforça

vainement de combattre ce vomissement par tous les moyens connus.

Ouverture du cadavre. La tête et la poitrine n'offraient rien de particulier; tous les organes abdominaux étaient sains, excepté la membrane muqueuse de l'estomac, qui était d'un rouge fort intense dans la plus grande partie de son étendue.

L'instestin grêle offrait trois invaginations. Les invaginations de l'intestin grêle ne doivent point être regardées comme la cause du vomissement.

II.e OBSERVATION.

Marie Perrier, âgée de deux ans, d'un tempérament lymphatique, évidemment scrophuleuse, vint à l'hôpital des Enfans dans l'année 1810 pour y être traitée d'une coqueluche. Quinze jours après être entrée à l'hôpital, elle fut prise des premiers symptômes de la variole. Cette phlegmasie parcourut ses périodes avec régularité; pendant la convalescence il survint des ulcères dans la bouche; le dévoiement se manifesta; les ulcères furent guéris après dix à douze jours de traitement; mais le dévoiement persista malgré tout ce que l'on put faire: il est vrai que le traitement fut tonique et astringent. Enfin la malade expira le 2 octobre, deux mois et demi après son entrée à l'hôpital. Pendant son dévoiement il n'y avait point d'appétit; la langue était blanche, les selles fréquentes, sans coliques; l'abdomen n'était point tendu; on ne développait aucune douleur par le toucher dans cette partie; la face était pâle et bouffie, le pouls petit sans fréquence, la peau sèche, plus froide que chaude; le soir il y avait un léger accès fébrile; dans les derniers jours il survint de la prostration, de l'abattement, et quelque simulacre de fièvre adynamique.

Ouverture du cadavre. La tête et la poitrine n'offraient rien de particulier; les viscères de l'abdomen étaient sains, excepté la

membrane muqueuse des intestins, qui présentait quelques plaques inflammatoires à la partie supérieure de l'iléon ; la portion qui tapisse le colon ascendant était légèrement enflammée ; celle qui revêt le colon transverse était d'un rouge fort intense ; enfin la portion descendante était gonflée et d'un rouge noir ; le rectum était légèrement enflammé ; la vésicule était pleine de bile.

III.e OBSERVATION.

Mesné Suzanne, âgée de deux ans, née à Paris d'un père et d'une mère bien portans, mais malheureux et dans l'indigence, vint à l'hôpital des Enfans le 1.er du mois de juin 1810. Voici les symptômes qu'elle nous présenta : face abattue, pommettes rosées, langue blanche, appétit, selles liquides, fréquentes, jaunes, verdâtres, point de colique, aucune douleur abdominale, même en pressant ; pouls assez régulier, petit, peu fréquent, peau sèche, plus froide que chaude. Elle était malade depuis quinze jours ou trois semaines ; on combattit ce dévoiement par l'eau de riz, le cachou, la décoction blanche aromatisée, le diascordium, la thériaque, la décoction de quinquina, etc. ; mais tous ces moyens furent sans succès ; le dévoiement sembla même augmenter d'intensité. Le 6 juillet il survint de la fièvre le soir, la malade s'abattit, la langue devint sèche et noirâtre ; on prodigua les toniques et les excitans ; alors les selles devinrent plus fréquentes, elles prirent une teinte verdâtre, et la malade expira le 15 juillet, après deux heures d'agonie.

Ouverture du cadavre. La tête n'offrit rien de particulier. Une petite portion du lobe supérieur du poumon droit était enflammée ; la membrane muqueuse de l'iléon était enflammée par plaques ; celle du cœcum l'était dans toute son étendue. La portion ascendante du colon était légèrement enflammée ; la portion transversale était d'un rouge plus intense ; enfin la portion descendante était épaisse, rude et d'une couleur rouge noirâtre. Le rectum était légèrement enflammé.

IV.e OBSERVATION.

Joséphine Lambert, âgée de quatre ans, mulâtre, habitant Paris, d'un tempérament lymphatique, comme tous les enfans de son âge, vint à l'hôpital des Enfans, le 2 août 1810, pour une éruption cutanée anomale qui existait depuis un mois. Elle fut placée à la salle des galeuses, où elle resta dix jours. La variole étant survenue, elle fut transportée à la salle première : ce fut là que je l'observai. Comme elle n'avait aucun appétit, que la langue était blanche, et qu'elle répugnait à toute espèce de boissons et d'alimens, on la fit vomir avec l'ipécacuanha. La variole parcourut sa marche avec régularité; on administra un purgatif dans le stade de la dessiccation. Quelques symptômes vermineux s'étant alors manifestés, elle fut mise à l'usage des anthelmintiques, ce qui procura l'expulsion de plusieurs vers lombrics. Quelques jours après la disparition de la variole, il lui survint un dépôt dans le bras droit; il y eut de la fièvre pendant trois à quatre jours; l'abscès s'ouvrit, et la fièvre tomba. Pendant tout cet espace de temps, la malade n'offrit pour tout symptôme que la perte d'appétit et la blancheur de la langue. On lui fit prendre de nouveau plusieurs potions purgatives avec l'huile de ricin, qui procurèrent encore l'expulsion de plusieurs vers. Quoi qu'il n'y eut aucun symptôme fébrile, l'état d'abattement où elle se trouvait fit craindre une fièvre adynamique; elle fut mise à l'usage des toniques. Pendant la durée de ces divers traitemens j'observai constamment la malade, et les seules lésions que j'aie pu remarquer sont, la blancheur de la langue, un refus absolu pour toute espèce d'alimens et de boissons, la fraîcheur de la peau et la lenteur du pouls. Quelques jours seulement avant sa mort, qui arriva le 11 septembre 1810, il survint un dévoiement sans coliques ni douleurs abdominales.

Ouverture du cadavre. La membrane muqueuse qui tapisse le canal intestinal était d'un rouge fort intense depuis l'orifice cardiaque

jusqu'au rectum. Je trouvai un ver lombric à l'entrée du cœcum; la vésicule du foie contenait une bile verte et poisseuse, semblable à la matière du dévoiement. Du reste, tous les autres viscères étaient parfaitement sains.

V.e OBSERVATION.

Louise Aménaïde Ravier, âgée de cinq ans, née à Paris de parens sains et bien portans, d'un tempérament lymphatique, et évidemment scrophuleux, vint à l'hôpital des Enfans le 14 août 1810.

Elle était malade depuis quatre jours, et présentait tous les signes d'un catarrhe pulmonaire avec assoupissement; il y avait fièvre continue avec redoublement le soir : ces différens symptômes furent combattus avec succès, et disparurent presque entièrement dans l'espace de trois semaines.

La malade, outre cette affection pulmonaire, présentait encore un dévoiement qui avait précédé le catarrhe, et qui datait déjà de loin. Les selles étaient fréquentes, liquides, sans coliques, ni épreintes; la pression sur l'abdomen ne développait aucune douleur; le soir il y avait un léger accès fébrile. Les toniques et les astringens de toute espèce furent vainement prodigués pendant plus d'un mois; les selles, au contraire, prirent une teinte noirâtre, et devinrent plus fréquentes. Alors on changea le mode de traitement, et la malade fut mise à l'usage des émolliens le 20 septembre. La fièvre tomba, les selles devinrent moins fréquentes, il y eut un mieux marqué. Mais le 2 octobre la fièvre reparut avec des redoublemens le soir, les selles redevinrent fréquentes, aqueuses, abondantes; les extrémités s'infiltrèrent, et la malade mourut le 12 octobre 1810.

La poitrine, la tête n'offrirent rien de particulier.

Abdomen. Quelques pintes de sérosité étaient épanchées dans la cavité abdominale; le tissu cellulaire sous-péritonéal était infiltré, ainsi que celui qui unit les lames du mésentère.

L'estomac présentait sur sa membrane muqueuse, à sa petite

courbure, et à ses deux extrémités, quelques plaques rougeâtres; la membrane muqueuse du duodénum et du jéjunum avait une couleur rouge très-foncée, la membrane muqueuse de l'iléon était d'un rouge moins intense, toute la membrane muqueuse du cœcum était d'un rouge violet; celle qui tapisse le colon offrait à sa naissance une plaque inflammatoire de la largeur de la main; une semblable plaque se faisait remarquer vers le milieu de l'intestin. Enfin le contour iliaque du colon et le rectum offraient une rougeur uniforme, mais peu intense.

Les autres viscères étaient sains.

Tout le canal alimentaire était rempli d'une mucosité teinte en jaune par la bile.

VI.e OBSERVATION.

Marie Anne, âgée de treize ans, vint à l'hôpital des Enfans le 18 août 1810. Elle était au troisième degré de la phthisie pulmonaire; sa face était grippée, et offrait l'aspect des plus horribles tourmens; elle était depuis fort long-temps tourmentée par un dévoiement fréquent avec coliques, et douleurs abdominales. Elle mourut deux jours après son entrée à l'hospice.

Inspection cadavérique. Le poumon droit était farci de tubercules non en suppuration, le gauche n'en contenait que quelques-uns; la membrane muqueuse, depuis le duodénum jusqu'au rectum, était criblée d'aphtes, depuis une ligne de diamètre jusqu'à un demi-pouce.

La mort me parut déterminée plutôt par l'affection abdominale que par la lésion des poumons.

VII.e OBSERVATION.

On amena le 21 août 1810, à l'hôpital des Enfans, une petite fille âgée de quatre ans; elle était au dernier degré de marasme; sa figure était grippée; la poitrine était étroite et résonnait bien;

la toux était fréquente, les crachats presque nuls : il y avait de la fièvre, avec redoublement le soir.

Le ventre était tendu et douloureux ; les selles étaient fréquentes et accompagnées de coliques ; le dévoiement existait depuis long-temps. Elle mourut huit jours après son entrée.

Inspection cadavérique. Poumon droit sain ; poumon gauche tuberculeux supérieurement ; aucun tubercule n'avait suppuré.

L'estomac et le duodénum étaient sains ; on observait dans le jéjunum et l'iléon un grand nombres d'ulcères à bords droits et durs, ne dépassant pas l'épaisseur de la membrane muqueuse : on remarquait aussi plusieurs ulcères du diamètre d'un demi-pouce dans la portion descendante du colon.

Les autres viscères étaient sains.

VIII.e OBSERVATION.

Louise Laurence Lavallée, âgée de deux ans, entra à l'hôpital des Enfans le 31 juillet 1810, pour y être traitée de la teigne ; en conséquence elle fut mise avec les autres enfans, à la seconde division. Ce ne fut que le 2 septembre 1810 qu'elle fut transférée à la première division pour y être traitée d'un dévoiement qu'elle avait contracté depuis quinze jours : soumise à l'observation, voici les symptômes qu'elle nous présenta.

Maigreur générale, joues creuses, visage abattu, langue blanche, appétit ; selles fréquentes et liquides, sans épreintes ni coliques ; abdomen non douloureux, même à la pression ; peau sèche et chaude, pouls petit et fréquent. Je ne sais s'il existait alors quelques lésions dans les fonctions du poumon, mais j'avoue que, prévenu par l'idée que la maladie que j'observais était une inflammation de la membrane muqueuse intestinale, je ne fis nullement attention à ce qui se passait du côté de la poitrine. Quoi qu'il en soit, les différens symptômes que j'ai examinés devinrent plus intenses, les redou-

blemens plus fréquens et plus forts. La malade expira dans le marasme le 8 octobre 1810.

Inspection cadavérique. Le poumon droit était tuberculeux; du pus était épanché entre les deux plèvres de ce côté; le poumon gauche était sain.

La membrane muqueuse des intestins était couverte d'aphtes; dans le jéjunum et l'iléon, elle était seulement enflammée dans le colon, et principalement à sa portion descendante.

Les autres viscères étaient sains.

IX.e OBSERVATION.

Marie Rose Desroches, âgée de deux ans, née à Paris, entra à l'hôpital des Enfans le 11 septembre 1810, pour un dévoiement existant depuis un mois, et qui avait succédé à la petite vérole. Voici ce qu'elle nous présenta : langue blanche, appétit, dévoiement fréquent sans coliques ni douleurs abdominales, la pression sur l'abdomen n'était nullement douloureuse, la peau était fraîche, le pouls petit et lent, l'urine naturelle.

La malade fut mise à l'usage d'un traitement tonique et astringent, que l'on continua pendant quinze jours, mais sans succès; car les selles devinrent plus fréquentes, et la malade maigrit. Ce fut alors qu'on la soumit à un traitement adoucissant : on lui donna l'eau de lin édulcorée avec le sirop de guimauve, un julep légèrement acidulé, des lavemens émolliens avec le pavot. Au bout de huit jours de l'emploi de ces moyens, le dévoiement diminua peu à peu, et le 1.er octobre la malade ne faisait pas plus de deux selles par jour; mais, à cette époque, tous les symptômes reparurent, et le dévoiement devint aussi fréquent qu'auparavant. On persista dans l'administration des émolliens, et dès le 12 octobre tous les symptômes avaient disparu. La malade sortit vers la fin du mois parfaitement guérie.

X.e OBSERVATION.

Louise Marie Sanglès, âgée de cinq ans, d'une belle constitution, née à Paris de parens sains, vint à l'hôpital des Enfans le 23 août 1810. Elle se présenta à nous avec tous les symptômes d'une péripneumonie compliquée d'affection saburrale ; elle avait de plus un dévoiement qui existait déjà depuis vingt jours.

La péripneumonie fut traitée avec succès, et céda au traitement qu'on lui opposa dans l'espace de quinze jours; mais le dévoiement subsistait toujours, et de plus, des épreintes vésicales vinrent le compliquer; mais elles cédèrent aux fomentations émollientes et aux boissons de même nature. Leur durée ne fut que de dix jours ; le dévoiement ne cédait point; il semblait, au contraire, prendre plus d'intensité : il est vrai que le traitement était tonique et excitant. Dès que la malade fut mise à l'usage des émolliens, la fièvre tomba, les selles devinrent moins fréquentes, l'appétit se rétablit. Le 1.er octobre enfin la malade était rétablie, et ne ressentait plus aucun des symptômes précités.

En rapportant ces observations, je n'ai qu'une seule chose en vue, prouver que la plupart des dévoiemens tiennent à une inflammation de la membrane muqueuse des intestins. Soit oubli, soit défaut d'observation, l'article *diarrhée* est tronqué dans la plupart des nosographies ; ils en parlent d'une manière vague, et n'offrent, j'ose le dire, que des idées inexactes. Sans doute qu'il faut en attribuer la cause au défaut des ouvertures de cadavres. Nos pères, trop superstitieux, révéraient la dépouille sacrée des morts : dans notre siècle, la philosophie commande d'interroger ces restes inanimés. Ce n'est que par cette voie qu'on peut rectifier ses erreurs.

Le traitement que les auteurs recommandent contre le dévoiement, et qui consiste dans des médicamens toniques et astringens, fait nécessairement naître l'idée d'une atonie dans les intestins. Il semble suivant leur expression de *diarrhée*, de *flux colliquatif*, que

toutes nos humeurs réduites en eau viennent s'écouler dans le canal intestinal pour s'échapper au-dehors. C'est surtout au dévoiement des phthisiques qu'ils ont appliqué ces dénominations. L'ouverture des cadavres prouve journellement combien elles expriment d'idées fausses, puisqu'on trouve la membrane muqueuse des phthisiques enflammée, et le plus souvent couverte de petits ulcères aphteux, à bords druits, durs et calleux.

Sans doute on ne peut nier qu'il n'existe une diarrhée purement aqueuse et dépendante d'un travail vicieux des exhalans; mais ce flux, dont le célèbre *Morgagni* fut atteint, est extrêmement rare: on ne le rencontre guère que chez les personnes hydropiques; il devient souvent alors salutaire, en formant la crise de la maladie. Ce caractère seul suffit pour indiquer qu'il ne tient point à une inflammation de la membrane muqueuse. Dans tous les autres cas, il doit se faire reconnaître aux symptômes qui lui sont propres.

Avec un peu d'attention, on ne confondra point le dévoiement inflammatoire avec les autres flux. Quand ils ne seraient point précédés ni accompagnés de symptômes généraux, le produit des déjections suffirait en quelque sorte pour dissiper l'illusion. Il suffit de les nommer pour faire voir combien ils diffèrent entre eux, et combien peu ils ressemblent au dévoiement.

Le nombre des flux se tire du nombre des appareils destinés aux secrétions, et dont le produit se trouve versé sur la membrane muqueuse intestinale. Il faut donc admettre, en commençant par l'appareil commun à tous, les secréteurs, 1.° un flux sanguin que les auteurs appellent *melæna*, 2.° un flux hépatique ou bilieux, que les auteurs appellent *hépatirhée*; 3.° un flux pancréatique; 4.° un flux séreux; 5.° un flux muqueux, tormineux ou dysentérique.

Je ne parle point du flux splénique décrit par *Hippocrate*, et don M. *Portal* a fourni quelques observations. Ce flux étant sanguin rentre dans la première catégorie.

Chacun de ces flux, outre son produit particulier, a une marche

et des symptômes qui lui sont propres : on ne pourra donc les confondre avec le dévoiement.

Celui-ci tient à une inflammation de la membrane muqueuse intestinale ; cette inflammation ne permet point aux fluides versés sur sa surface de s'y arrêter, soit que ces fluides viennent du dedans, soit qu'ils viennent du dehors. Le produit des déjections se compose donc des alimens, des boissons, et des médicamens que prennent les malades ; il s'y joint aussi les fluides versés sur le canal intestinal, et principalement le fluide bilieux, qui donne aux selles des couleurs variées, mais qui les teint le plus ordinairement en jaune ou en vert.

On sait que, dans les inflammations intestinales, la secrétion biliaire augmente d'énergie ; presque toujours à l'ouverture des cadavres on trouve la vésicule remplie de bile, et souvent les intestins en contiennent une grande quantité.

Ce n'est donc point à une atonie qu'il faut rallier la plupart des dévoiemens, des flux colliquatifs, mais bien à une inflammation de la membrane muqueuse des intestins. Ce n'est donc point par les toniques et les astringens qu'il faut traiter ces flux, mais par les émolliens et les légers narcotiques.

Il faut rejeter l'opium : ce médicament, suivant *Broussais*, n'arrête le dévoiement qu'en augmentant l'inflammation.

I.re OBSERVATION.

Altération de l'Epididyme.

Un serrurier nommé Hook, âgé de vingt-cinq ans, né en Allemagne, d'un tempérament bilieux, fort et vigoureux, ressentit au mois de septembre 1808, sans cause connue, une douleur violente au testicule gauche; bientôt cette douleur fut suivie d'un gonflement considérable, qu'on combattit avec succès par l'application des émolliens : leur emploi pendant quelques jours suffit pour ramener le

testicule à son volume ordinaire. Néanmoins, comme il restait encore un léger engorgement de l'épididyme, le malade vint réclamer des secours à l'hôpital Beaujon, trois mois après l'invasion de sa maladie. Les résolutifs de toute espèce, les frictions mercurielles, furent vainement employés pendant deux mois; au bout de ce temps, la maladie étant toujours la même, et le malade ressentant de temps à autre des douleurs lancinantes dans la tumeur, on pratiqua l'amputation du testicule le 27 février. L'opération n'offrit rien de particulier; la plaie se trouva cicatrisée vers la fin de mars.

Inspection de la tumeur. Le cordon était sain dans toute son étendue; l'épididyme était squirreux, et présentait plusieurs tubercules dans son épaisseur. Du reste le testicule et ses enveloppes étaient parfaitement sains.

II.e OBSERVATION.

Altération des Membranes fibreuse et séreuse.

Claude Raubergeon, garçon boulanger, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament mélancolique, fut pris d'une douleur vive au testicule gauche avec gonflement énorme de cet organe, dans le mois de février 1809, après deux heures de repos sur le dos d'un four extrêmement chaud. Il combattit inutilement ce gonflement pendant plus de deux mois par des cataplasmes émolliens. La maladie étant restée dans le même état, il vint chercher des secours à l'hôpital Beaujon le 1.er mai de la même année.

Le testicule gauche égalait le volume du poing; des douleurs lancinantes revenant par intervalles le traversaient en tous sens, et se perdaient en se propageant vers la région des reins; le canal déférent était au moins triplé de volume.

Depuis un an, Reaubergeon était sujet aux coliques, aux douleurs de reins; l'excrétion des urines se faisait difficilement. Du reste,

comme le malade paraissait jouir d'une assez bonne santé et que le cas était urgent, on pratiqua l'opération du sarcocèle le 18 mai. Malheureusement l'opération fut sans succès, et le malade mourut avec tous les signes d'une diathèse cancéreuse vers la fin du même mois.

Inspection de la tumeur. Le testicule et la membrane albuginée étaient sains.

Les membranes séreuse et fibreuse qui la recouvrent étaient d'une consistance cartilagineuse et avaient au moins un demi-pouce d'épaisseur. L'épididyme était dur, et le canal déférent triplé de volume. Le tissu cellulaire qui entoure le cordon offrait un grand nombre de granulations.

III.ᵉ OBSERVATION.

Altération du Testicule.

Gaspard, âgé de 45 ans, d'une constitution grêle, d'une taille élevée, se heurta le testicule droit en montant à cheval. Il ressentit une douleur violente qui fut bientôt suivie du gonflement de cet organe. La douleur disparut par l'application des émolliens, mais le gonflement du testicule subsista dans le même état pendant dix mois. Le malade ressentant depuis le mois de juillet 1809 des élancemens dans la tumeur et dans les reins, entra à l'hôpital Beaujon le 1.er septembre 1810. L'opération fut pratiquée le 9 du même mois; la plaie se cicatrisa promptement, et le malade sortit de l'hôpital le mois suivant.

Inspection de la tumeur. La substance du testicule était parsemée de tubercules granulés non en suppuration; les enveloppes étaient saines.

IV.e OBSERVATION.

Altération simultanée du Testicule et de ses membranes.

Jean-Pierre Lefebvre, cocher de fiacre, se froissa les testicules, le 18 du mois d'octobre 1808, en se plaçant sur son siége. Il ressentit une vive douleur au testicule gauche, mais il n'y eut point de gonflement inflammatoire. Quelque temps après, Lefebvre s'aperçut que le testicule augmentait de volume; mais comme il ne ressentait point de douleur, il y fit peu d'attention pendant long-temps. Néanmoins dix-huit mois après cet accident, il éprouva quelques douleurs lancinantes dans le testicule et les reins. Ce fut alors qu'il vint chercher des secours à l'hôpital Beaujon.

Quoiqu'il présentât tous les signes d'un sarcocèle fort avancé, et que le cordon des vaisseaux spermatiques fût engorgé, néanmoins on l'opéra le 27 février 1809. Un mois après l'opération il sortit de l'hôpital bien portant.

Inspection de la tumeur. Le testicule et ses membranes présentaient une masse homogène, formée par une très-grande quantité d'hydatides. L'épididyme offrait la même altération.

Quand on parcourt les différens traités de chirurgie, et qu'on est arrivé à l'article *sarcocèle*, on est tout étonné de voir que la plupart des auteurs qui s'en sont occupés l'aient regardé comme une maladie unique, comme une affection propre des organes spermatiques. Cependant la chose n'est point ainsi, et le plus souvent ce n'est pas le testicule qui est malade, mais bien les parties qui lui servent d'enveloppe. Ces enveloppes, sans en excepter aucune, peuvent être isolément malades, et squirreuses ou sarcomateuses; mais le plus souvent la maladie ne se borne point à une seule enveloppe; elle s'étend aux organes voisins, et finit par envahir la totalité du scrotum. Cette

vérité se trouve clairement démontrée par les observations que je viens de citer. Quant à l'aspect qu'offrent ces sarcorèles dans leur intérieur, il est extrêmement varié : l'on peut dire avec certitude qu'on n'en trouve pas deux semblables. Tantôt c'est une masse lardacée, quelquefois un amas de vésicules, d'hydatides ; d'autres fois une substance pulpeuse et grisâtre ; en un mot, cette affection se rapproche par sa forme variée du goître et du squirre des ovaires. Ce sont autant de Protées qui offrent toujours des formes nouvelles, mais que l'on reconnaît néanmoins le plus souvent au genre de douleur qu'éprouvent les malades.

APHORISMES D'HIPPOCRATE

(Edition de Lefèbure *).*

λη

Ὁ κόσοισι κρυπτοὶ καρκῖνοι μὴ θεροπευθῆν βέλτιον. θεραπευόμενοι γὰρ θᾶσσον ἀπόλλυνται. μὴ θεροπευόμενοι δὲ πλέω χρόνον διατελέουσι.

I.

Il vaut mieux ne pas traiter ceux qui ont des cancers occultes; car en les traitant on les fait plutôt périr; mais si on ne les traite pas, ils vivent plus long-temps. *Sect.VI, aph. 6.*

λ.

Παῖς οὐ ποδαγριᾷ, πρὸ τοῦ ἀφροδισιασμοῦ.

II.

Un jeune homme en général n'a point la goutte avant les premières jouissances. *Ibid., aph.* 30.

σθ.

Γυνὴ οὐ ποδαγριᾷ, ἢν μὴ τὰ καταμήνια αὐτέῃ ἐκλίπῃ.

III.

Une femme en général n'a point la goutte, à moins que ses règles n'aient cessé. *Ibid., aph.* 29.

κε.

Τὰ δὲ ἐν ἄρθροισιν οἰδήματα, καὶ αλγήματα, ἄτερ ἕλκεος, καὶ ποδαγρικὰ, καὶ σπάσματα, τουτέοισι τὸ ψυχρὸν πουλὺ καταχεόμενον ῥαπλεῖστα ῥηΐζει τε, καὶ ἰσχναίνει, καὶ ὀδύνην λύει. νάρκη γὰρ μετρίη ὀδύνης λυτικόν.

IV.

Les tumeurs avec douleur aux articulations, et qui ne sont point ulcérées, les affections goutteuses des pieds, les distentions, diminuent, se calment à certain degré, si l'on y verse beaucoup d'eau froide; car une médiocre stupeur fait cesser la douleur. *Sect. V, aph.* 25.

μς.

Δύο πόνων ἅμα γενομένων, μὴ κατὰ τὸν αὐτὸν τόπον, ὁ σφοδρότερος ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον.

V.

Si l'on a deux maux en même temps, et non dans la même partie, le plus douloureux rend l'autre moins sensible. *Sect. II, aph.* 46.